

Une analyse de milieu en santé mentale : problématique et éléments de méthodologie

Réal Boisvert et Louise Lemyre

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031532ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031532ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Boisvert, R. & Lemyre, L. (1989). Une analyse de milieu en santé mentale : problématique et éléments de méthodologie. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 215–220. <https://doi.org/10.7202/031532ar>

Communications brèves

Une analyse de milieu en santé mentale : problématique et éléments de méthodologie

Tous les organismes du réseau de la santé et des services sociaux au Québec et au Canada sont interpellés par l'ensemble des rapports publics qui, en partie ou en totalité, se sont intéressés ces derniers temps à la santé mentale. En effet, que ce soit par l'entremise du Rapport Harnois (1987) ou du Livre blanc sur la santé mentale (1988) ou bien par le biais des Rapports Brunet (1987) et Rochon (1988) ou du Plan de santé de Jake Epp (1988), tous, chercheurs, gestionnaires et intervenants, se font rappeler désormais que politiques et programmes devraient principalement veiller à réduire les inégalités et concentrer les efforts auprès des personnes à risque.

Partant de cette préoccupation, nous proposons ici la problématique et la méthodologie d'un projet d'analyse de milieu en santé mentale, projet cherchant une voie opérationnelle qui permette à la fois de connaître et de rejoindre les personnes les plus dépourvues et les plus souffrantes. Il s'agit d'une recherche portant sur quatre territoires de CLSC de la rive nord du Saint-Laurent : les CLSC Les Forges (Trois-Rivières), Le Rivage (Cap-de-la-Madeleine), Des Chenaux (Sainte-Geneviève-de-Batiscan) et Valentine Lupien (Louiseville). Son objet consiste à proposer une démarche intégrée visant, premièrement, à repérer les personnes les plus fragiles au point de vue de la santé mentale et, deuxièmement, à dépister celles qui sont les plus éprouvées par les problèmes qui y sont associés.

Problématique

L'inégale distribution des problèmes

L'importance des problèmes associés à la santé mentale est bien documentée (Rouleau, 1987 ; Rapport de l'Enquête santé Québec, 1987). Par exemple, 20 % des gens de la région 04 ont un indice de

détresse psychologique élevé (ensemble de symptômes spécifiques de problèmes psychologiques), près de 8 % d'entre eux ont des troubles mentaux et environ 4 % ont eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois (Profil 04, 1989). Mais, ces réalités une fois évoquées, on a tôt fait de constater l'inégale distribution des fréquences et des pourcentages reliés aux problèmes de santé mentale. D'abord les femmes, quels que soient l'âge et la catégorie d'affection, sont toujours plus atteintes que les hommes. Ensuite, les personnes très défavorisées présentent un indice de détresse psychologique deux fois plus élevé que les personnes favorisées (30 % versus 16.2 % ; Lavoie, 1989). Bien sûr, il n'en va pas autrement de la santé dentaire (20 % des élèves ont 80 % des caries ; Enquête santé dentaire Québec, 1985), de l'espérance de vie (écart de 9 ans entre riches et pauvres ; Wilkins, 1980), de l'insuffisance de poids à la naissance, de l'anémie, de l'asthme, des maladies infectieuses, des maladies cardio-vasculaires et du cancer (toutes maladies qui affectent toujours davantage les groupes défavorisés ; Colin, 1989).

La concentration des problèmes

À cette relation bien documentée entre pauvreté et santé (Leclerc, 1979) s'ajoute aussi un ensemble d'études démontrant que, quelle que soit la méthode employée ou le type de données retenues (indice, indicateur ou descripteur quelconque) ou encore la problématique envisagée, il y a au Québec une concentration étonnante de la misère et de la maladie. Les quartiers du cœur de Montréal où les gens sous le seuil de la pauvreté sont proportionnellement les plus nombreux (Mayer-Renaud, 1986) sont aussi ceux où se trouvent le moins de familles à double revenus (Villeneuve et David, 1987), où il y a le

plus de mauvais traitements envers les enfants (Bouchard, Chamberland et Beaudry, 1987) et où l'inaadaptation juvénile sévit plus qu'ailleurs (CASF, 1989).

La concentration de la misère et de la maladie ne se fait pas qu'à Montréal. Charles Côté (Côté, 1988; Côté et Paiement, 1988) a démontré de façon très nette que le Québec tout entier se partage en deux pays distincts: d'une part, un pays riche, prospère et en bonne santé; de l'autre, un territoire composé de régions marquées par le déclin démographique, le dépérissement économique et un appauvrissement général sans précédent. C'est là qu'on retrouve, en plus des problèmes mentionnés plus haut, «les concentrations d'élèves qui ont de mauvais résultats en mathématique et en français, un nombre anormalement élevé d'arrestations pour conduite (avec faculté) affaiblie, (...) une plus grande proportion de prises en charge pour délinquance et protection sociale, un plus faible niveau de scolarité, plus de revenus qui se situent sous les seuils de la pauvreté, etc.» (Côté, 1987, 223).

L'accumulation des problèmes

Cette citation laisse entendre qu'il y a plus que l'inégale distribution et que la concentration de la pauvreté et de la maladie. Il y a aussi accumulation des problèmes de santé, car on retrouve dans les mêmes endroits un ensemble de personnes qui se partagent un ensemble de maux divers. On a donc tout lieu de croire que non seulement la dépression nerveuse, l'insuffisance de poids à la naissance et le cancer apparaissent dans tel secteur plus que dans tel autre, mais aussi que ces divers maux s'additionnent très souvent chez la même personne de façon à former un déficit fonctionnel notable. La raison en est que les populations vivant dans les zones en déclin et en désintégration sont soumises au stress énorme qui accompagne la pauvreté. Elles font face aussi à des conditions structurelles très singulières: elles vivent grâce à des suppléments de revenu et à des paiements de transfert; la communauté étant privée de ressources financières pour les services et l'équipement (absence de gros contribuables) et les jeunes adultes avec leurs enfants étant partis vers les sources d'emploi, ces populations se retrouvent aux prises avec un déséquilibre démographique et une décroissance économique qui accentuent leur

isolement et leur marginalisation. Voilà où conduisent l'assistance et le sous-développement entretenus dans l'arrière-pays ou dans les centres-villes du Québec qui, hier encore, abritaient des familles nombreuses, rassemblées autour de valeurs fortes et sécurisantes.

Les populations des zones en déclin se retrouvent au beau milieu d'un environnement détérioré qui n'est pas sans rappeler les sociétés anomiques que décrivait naguère Durkheim (1939), sociétés, comme on le sait, si propices au suicide. Tout se passe donc comme si, ne voyant pas d'issue et subissant sans cesse le poids de conditions d'existence difficiles, les plus démunis éprouvaient les effets délétères de l'inhibition de l'action (Laborit, 1989).

Pauvreté et santé mentale: une association dangereuse

L'inégale distribution des problèmes de santé, leur concentration dans les mêmes endroits du territoire et leur accumulation chez la même personne constituent un phénomène sociologique issu du fait que la pauvreté (sous sa forme économique culturelle et sociale, Bourdieu, 1979) est un puissant facteur de détermination de la santé. Mais, outre le fait qu'il existe une synergie réelle entre la santé physiologique et la santé psychologique, la pauvreté, en tant que tare sociale – et c'est bien de cela qu'il est question ici – agit spécifiquement sur la santé mentale des personnes. Pour s'en convaincre il n'y a qu'à imaginer, avec Paquet (1989), De Gaulejac (1987) et Pierre Bourdieu (1979), entre autres, comment les modèles culturels dominants, en raison de leur force d'attraction et donc d'acculturation, servent d'instrument d'invalidation de tout ce qui appartient au genre populaire, vulgaire devrait-on dire. Vincent De Gaulejac présente, dans *La névrose de classes* (De Gaulejac, 1987), un bel exemple d'association entre la pauvreté et les problèmes psychologiques. À partir du moment où une personne d'origine sociale modeste constate la différence entre sa culture et celle des dominants, avant même d'ailleurs qu'elle ait acquis cette culture-là si jamais elle est en voie de mobilité sociale, à partir de ce moment donc elle hérite d'un sentiment d'infériorité qui provoque une certaine crise d'identité entre ce qu'elle est et ce qu'elle désire être. Ce qui, en retour, entraîne la mésestime de soi et des siens.

Un pauvre, un jour ou l'autre, a toujours un peu honte d'être pauvre. Et à peine cette honte se manifeste-t-elle que déjà celui qui en est habité a honte d'avoir eu honte, honte d'avoir eu honte de sa famille, honte de lui-même. D'où un sentiment de culpabilité qui s'ajoute à celui d'infériorité et qui est source permanente de tension, de conflits et d'inhibition. Ce n'est pas autrement qu'on en arrive à battre ses enfants (conflit entre autorité paternelle déléguée et autorité sociale déniée), à oublier sa violence dans l'alcool et à finir par se suicider.

Donc pour identifier les groupes à risque en santé mentale, il ne faut pas les chercher ailleurs que parmi les populations défavorisées. Les problèmes de santé mentale se développent en plus grand nombre, se concentrent et se reproduisent dans les milieux défavorisés, tandis qu'ils arrivent de façon moins contingente ou plus aléatoire chez les personnes bien nanties (Roy, 1989). Soit dit en passant, on ne doit pas oublier qu'en pointant les populations pauvres sur une carte géographique pour circonscrire les aires de risque en santé mentale, on s'exerce à stigmatiser ces populations, donc assez innocemment et paradoxalement on contribue au jeu des forces complexes qui ajoutent à leur détresse psychologique.

Entre le risque et le problème

En dépit de leur pauvreté, les personnes défavorisées ne sombrent pas toutes dans la déprime. Le fait d'être à risque ne veut pas dire qu'elles sont affectées mais qu'elles sont soumises à des conditions favorisant chez elles l'apparition de problèmes de santé mentale plus souvent et en plus grand nombre. À dépérissement égal et à détérioration économique comparable, reste donc maintenant à voir qui parmi les personnes menacées éprouvent de sérieuses difficultés en santé mentale, ou encore, reste à savoir comment dépister celles qui ont des problèmes parmi les personnes à risque que nous avons repérées.

La désorganisation, le déclin et le dépérissement débouchent sur une déstructuration ultime quand se produit une désintégration importante des réseaux de soutien et d'entraide indispensables à la santé mentale (Albee, 1979). Avant que la communauté en arrive là, la qualité du tissu social, la force des solidarités et des réseaux d'entraide protègent les

individus contre les effets cumulatifs du stress reliés aux conditions d'existence difficiles. Plusieurs auteurs ont abordé la question des effets immunitaires du soutien social (Bozzini et Tessier, 1985; Bouchard et al., 1982; Guay, 1981; Guay et al., 1987; Gottlieb, 1987; Mitchel et al., 1982). La plupart de leurs travaux démontrent que le réseau social allège le fardeau des efforts d'adaptation qu'une personne doit déployer dans une situation de changement et, par conséquent, réduit les symptômes reliés à de trop grandes difficultés d'adaptation (Bouchard et al., 1982). En outre, le soutien social amène l'individu à acquérir une perception plus positive des situations problématiques et à développer des aptitudes à faire face aux problèmes et à les résoudre. Il procure aussi un sentiment de sécurité et d'amour, donne à l'individu l'impression d'être estimé (Kirsh, 1983). Bref, le rôle du soutien social est considérable puisqu'il joue à la fois sur plusieurs aspects de la personnalité: le maintien de l'estime de soi, le sentiment de maîtrise des événements stressants, le développement de modèles et de stratégies d'adaptation à l'environnement.

Pour que surgissent les problèmes de santé mentale, outre les conditions économiques et démographiques évoquées plus haut, il est nécessaire que la communauté connaisse un appauvrissement social significatif, qui se traduit tout d'abord par la détérioration des liens sociaux – ou ne partage plus ni normes, ni valeurs, ni intérêts communs; puis par l'érosion d'un sentiment d'appartenance à un quartier ou à un milieu de vie où peuvent se développer de nouvelles solidarités. La communauté n'est plus qu'un assemblage d'individus anonymes et dépourvus du sentiment d'être liés ensemble. Les relations de voisinage deviennent pratiquement inexistantes. Les liens d'entraide sont donc devenus si lâches qu'ils risquent de se rompre à tout moment; les réseaux sociaux sont finalement détruits, ainsi que leurs effets immunitaires contre le stress.

Il n'est pas surprenant que dans ces milieux se retrouvent le plus de gens en dépression nerveuse, aux prises avec le mal de vivre, ayant une grande mésestime d'eux-mêmes, insécures, incapables de développer des mécanismes de défense contre l'adversité, se sentant rejetés, recourant entre eux et contre eux à la violence physique et psychologique, bref, des gens qui vivent des problèmes de santé mentale.

Il faudrait se demander ici comment s'opère le passage de la pauvreté à la désintégration des réseaux. S'agit-il d'un déclin progressif? d'une décroissance continue et pernicieuse? d'un changement brusque? Toujours est-il qu'un faisceau complexe de rapports de détermination (Rocher cité par Durand, 1989, 178) provoque un mouvement de fond qui s'attaque aux structures profondes (économique et démographique) de la communauté, entraînant décroissance et déclin. Il se produit alors une pression et une tension insoutenables à la longue sur les liens d'entraide. Ou les personnes offrent une résistance efficace aux forces de désintégration, ou bien elles cèdent parce que les ressources sont trop rares, trop sollicitées par le changement. De toute évidence, sans la connaissance de l'histoire du milieu, il est impossible de voir venir le sens du mouvement social. Avec les données objectives ou les données statistiques portant sur les grands ensembles, cette connaissance est indispensable pour agir efficacement sur le cours des choses.

Enfin, les réseaux s'affaiblissent faute de gens pour les former; ils résistent cependant à la décroissance et au déclin car, devant l'adversité, les gens se mobilisent; à leur tour les solidarités finissent par s'épuiser, la pauvreté débouchant sur la faim qui ramollit la volonté de lutter. Et ainsi de suite, dans une sorte de dialectique constante d'où ne surgit rarement de renversement significatif, les endroits défavorisés étant toujours, d'une décennie à l'autre, les mêmes et les personnes défavorisées présentant, d'une génération à l'autre, toujours plus de problèmes de santé.

La méthodologie

La démarche intégrée dont nous parlions plus haut s'appuie sur ce que Pierre Bourdieu désignait ailleurs respectivement comme les règles de la méthode et la stratégie méthodologique (Bourdieu, 1987). Il s'agit d'un processus s'inspirant d'abord des principes de la recherche descriptive puis qui se déploie dans quelque chose de plus interactif et de moins linéaire.

Les règles de la méthode et le repérage

Pour repérer les groupes à risque en santé mentale, une fois que les données de prévalence nous

ont indiqué l'inégale distribution des problèmes, leur concentration et leur accumulation – souvent – chez la même personne, il faut partir des indicateurs les plus éprouvés. En santé mentale, la plupart des indicateurs sont des déterminants de santé et ces déterminants sont des indicateurs socio-économiques (Goldsmith, NIMH, 1984). Nous en avons retenu un certain nombre, comme le pourcentage de familles à faible revenu, le pourcentage de familles monoparentales, le taux d'inoccupation, le taux de logements construits avant 1946, etc., auxquels nous avons ajouté des données d'utilisation de service, comme la clientèle de l'aide sociale ou de la DPJ, et les données de clientèle des départements de psychiatrie de différents hôpitaux. Ensuite, toutes ces données sont colligées par secteur de recensement, unité géographique retenue par Statistiques Canada et qui regroupe de 3 000 à 4 000 personnes en ville ou les municipalités en milieu rural. Le secteur de recensement possède toutes les caractéristiques de ce que Tonnie (Durand, 1989, p. 31) désignait par la notion de communauté. Il s'agit d'un regroupement à l'intérieur duquel les échanges sociaux revêtent un caractère personnalisé; ce regroupement est opposé à celui de société, catégorie plus froide et plus formelle, où les rapports sociaux sont d'ordre plus institutionnel. Au total, les quatre territoires de CLSC où se déroule l'analyse de milieu comprennent une soixantaine de secteurs de recensement et de municipalités rurales. Pour déterminer lequel de ces secteurs est le plus à risque, il suffit de les ordonner selon chaque indicateur et, à partir d'un test statistique non paramétrique, de choisir celui ou ceux d'entre eux dont la position est la plus précaire (sum of rank, Snedecor et Cochran, 1967).

La stratégie méthodologique ... et le dépistage

À partir de tableaux et de cartes décrivant toutes les caractéristiques socio-économiques des différents secteurs de recensement, il reste alors à s'entendre avec les divers intervenants en santé mentale de chacun des territoires du CLSC, afin de : 1) retenir le secteur de recensement qui apparaît comme le plus à risque (confrontation et validation de la technique de recension des données et de priorisation des secteurs); 2) aller constater sur le terrain l'état des réseaux d'entraide. S'enclenche alors

une démarche anthropologique qui allie l'observation (architecturale, écologique et sociologique générale) et la rencontre avec des informateurs clé et des résidents (échantillon exemplaire et entrevues thématiques). Cette partie de la recherche s'inspire des méthodologies retenues par Jérôme Guay (1981, 1984) et par Omar Aktouf (1987) dans leur travaux. À partir de ce matériel sont produits quatre résumés synthèse confirmant ou infirmant l'hypothèse selon laquelle, à pauvreté égale et à déperissement économique comparable, c'est la qualité des réseaux d'entraide qui fait la différence entre le fait d'être affecté ou non par des problèmes de santé mentale.

Références

- Albec, G.W., 1979, La prévention primaire, *Santé mentale au Canada*, 27, no. 2, 5-7.
- Aktouf, O., 1987, *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*, Presses de l'Université du Québec, Québec.
- Bouchard, C., Beaudry, J., Chamberland, C., 1982, Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants: une étude exploratoire, *Intervention*, 64, 25-34.
- Bouchard, C., Chamberland, C., Beaudry, J., 1987, Les mauvais traitements envers les enfants: une étude de facteurs macro et micro-socio-économiques in Guay, J., éd., *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Éditions Gaëtan Morin, Chicoutimi, 243-270.
- Bourdieu, P., 1979, *La distinction*, Éditions de Minuit, Paris.
- Bourdieu, P., 1987, *Choses dites*, Éditions de Minuit, Paris.
- Bozzini, L., Tessier, R., 1985, Support social et santé in Dufresne, J., éd., *Traité d'anthropologie médicale*, P.U.Q., Québec, 905-939.
- Brunet, J., (sous la présidence), 1987, *Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les C.L.S.C.*
- Cobb, S., 1976, Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38, no. 5, 300-314.
- Colin, C., 1989, Pauvreté et santé: un lien étroit, *DSC Express*, 13, no. 4.
- Comité de la santé mentale du Québec, 1985, *Avis sur la notion de santé mentale: de la biologie à la culture*, Québec, Ministère des Affaires sociales.
- Conseil des Affaires sociales et de la famille, 1989, *Deux Québec dans un, Rapport sur le développement social et démographique*, Éditions Gaëtan Morin, Chicoutimi.
- Côté, C., 1987, *Le développement de la pauvreté, Les nouveaux visages de la pauvreté*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec.
- Côté, C., Barriault, C., 1987, *Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles*, Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- Côté, C., Paiement, G., 1988, *Misère à la carte*, Relations, novembre.
- De Gaulejac, V., 1987, *La névrose de classe*, Homme et groupes Éditeurs, Paris.
- Durand, J.P., Weil, R., 1989, *Sociologie contemporaine*, Éditions Vigot, Paris.
- Durkheim, E., 1939, *Le suicide: étude de sociologie*, P.U.F., Paris.
- Enquête santé dentaire Québec, 1985, *Rapport préliminaire, volet provincial*, Association des directeurs de DSC, Ministère des Affaires sociales.
- Goldsmith, H.F. et al., 1984, Series BN no. 4, *The Health Demographic Profile System's Inventory of Small Area Social Indicators*, National Institute of Mental Health, Washington.
- Gottlieb, B.H., 1987, Using social support to protect and promote health, *Journal of Primary Prevention*, 8, no 1-2, 49-70.
- Guay, J., 1981, Le réseau social de l'ex-patient psychiatrique, *Revue québécoise de psychologie*, 2, no. 3 (spécial), 41-57.
- Guay, J., *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Éditions Gaëtan Morin, Chicoutimi.
- Harnois, G., (sous la présidence), 1987, *Par un partenariat élargi: projet de santé pour le Québec*, Gouvernement du Québec, Québec.
- Kirsh, S., 1983, *Le chômage: ses conséquences sur l'équilibre du corps et de l'esprit*, Rédigé pour le comité national de l'Association canadienne de santé mentale.
- Laborit, H., 1989, *La vie antérieure*, Éditions de l'Homme, Montréal.
- Lavoie, J.P., Poulin, C., 1989, Pauvreté et santé: quelques résultats de Santé Québec, *Santé Société*, 11, no. 4.
- Leclerc, A. et al., Morbidité, mortalité et classe sociale, *Revue épidémiologique et Santé publique*, no. 27, p. 331-358.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec.
- Mayer-Renaud, M., 1986, *La distribution de la pauvreté et de la richesse dans les régions urbaines du Québec: portrait de la région de Montréal*, C.S.S.M.M.
- Mitchell, R.E., Billings, A.G., Moos, R.H., 1982, Social support and well-being: implications for prevention programs, *Journal of Primary Prevention*, 3, no. 2, 77-98.
- Paquet, G., 1989, *Santé et inégalités sociales*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec.
- Profil 04, 1989, *La santé mentale dans la région 04 et l'Enquête santé Québec*, DSC de Drummondville.
- Rapport de l'Enquête santé Québec, 1987, *Et la santé ça va ?*, Les publications du Québec.

- Rochon, J., (sous la présidence), 1988, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, Québec.
- Rouleau, M., 1987, *Protocole de recherche d'une analyse de milieu*, DSC Ste-Marie, Trois-Rivières (Photocopie).
- Roy, J., 1987, Communauté, désinstitutionnalisation et discours officiel, *Service social*, 36, nos. 2-3, 197-206.
- Santé et Bien-être social Canada, 1988, *La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre*, Approvisionnement et services Canada, Ottawa.
- Snedecor, G.W., Cochran, W.G., 1967, *Statistical Method*, Ames, The Iowa State University Press, Iowa.
- Toss, D.M., Armstrong, D.A., 1984, Support systems of elders in rural communities, *International Journal of Family Therapy*, 6, no 2, 82-101, cité par Tousignant et al., 1987, Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. État de la question et propositions d'action, Laboratoire de recherche en écologie sociale et humaine, Université du Québec à Montréal.
- Wilkins, R., 1980, *L'état de santé au Canada 1926-1976: l'espérance de vie augmente, les différences régionales diminuent, les inégalités sociales persistent*, Institut de recherches politiques.

Réal Boisvert

Louise Lemire

DSC

Centre hospitalier Sainte-Marie